

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

205

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAPEYRE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 février 1928, à Paris-16^e

Présentée et soutenue publiquement le 21 mars 1961

**SYNÉCHIES UTÉRINES TRAUMATIQUES
ET PLACENTA ACCRETA**

Président : M. MERGER, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LAPEYRE

Prénom : JEAN

Date de soutenance : 21 mars 1961

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LAPEYRE (JEAN). — Synéchies utérines traumatiques et placenta accreta. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 32 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

LAPEYRE (JEAN). — Synéchies utérines traumatiques et placenta accreta. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 32 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

LAPEYRE (JEAN). — Synéchies utérines traumatiques et placenta accreta. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 32 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

LAPEYRE (JEAN). — Synéchies utérines traumatiques et placenta accreta. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 32 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553823_0052

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAPEYRE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 février 1928, à Paris-16^e

Présentée et soutenue publiquement le 21 mars 1961

SYNÉCHIES UTÉRINES TRAUMATIQUES ET PLACENTA ACCRETA

Président : M. MERGER, Professeur



IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) ;	
BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
----------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); BUSSEY (F.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JÉROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.);
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.*;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.);
SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.);
GAUDART d'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.);
ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.);
HARTMANN (L.); LEPEUR (J.); MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.);
BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.);
COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.);
FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.);
LESOBRE (R.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.);
LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.);
DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.*;
HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.), *m. conf., pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-physiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).
 Psychiatrie : M. PICHOT (P.).
 Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
 FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).
 Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
 M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).
 Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
 MARCHE (J.).
 Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).
 Clinique chirurgicale :
 MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).
 Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).
 Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).
 Clinique oto-rhino-laryngologique :
 M. MADURO (R.).
 Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).
 Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).
 Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

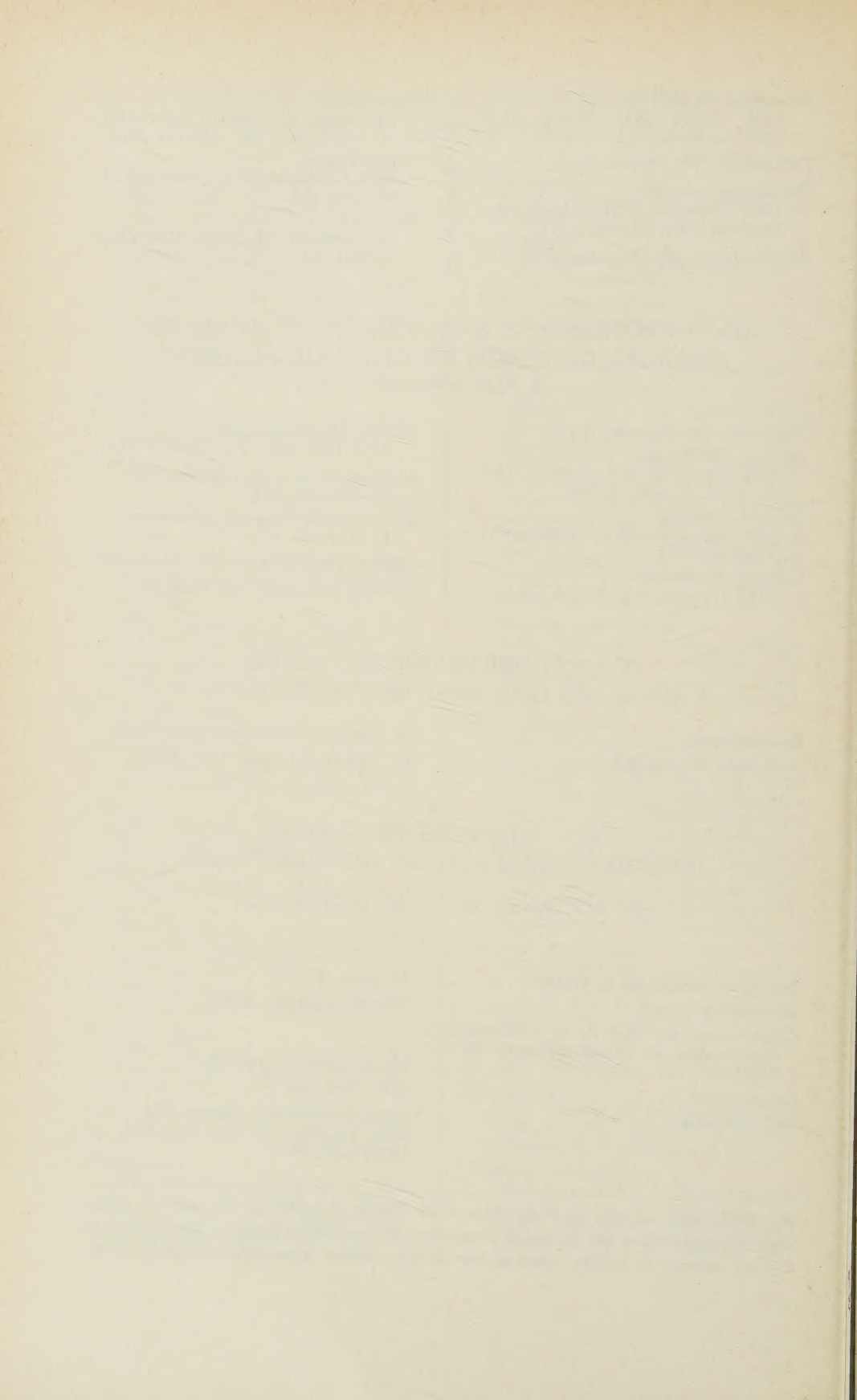
Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*
 Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERGER

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
(Port-Royal)

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUSSET

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de toute
ma gratitude.*



INTRODUCTION

Sous le nom de placenta accreta, on désigne des adhérences pathologiques du placenta au myomètre, plus ou moins profondes, généralisées ou localisées, qui résultent de l'absence ou d'anomalie de la caduque et plus particulièrement de la couche spongieuse de celle-ci.

L'étiopathogénie et le traitement de ces adhérences, qui paraissent de nos jours plus fréquentes, ont suscité de nombreux travaux.

La connaissance relativement récente des synéchies utérines a permis de définir des conditions favorisantes à l'apparition du placenta accreta sur lesquelles notre Maître, le Professeur agrégé R. MUSSET, a attiré l'attention le premier.

En ce travail, nous nous proposons de rapporter 7 observations de placenta accreta de M. R. MUSSET, ainsi que 3 observations que nous avons recueillies dans la littérature.

L'analyse de ces observations est à la base d'une étude des rapports étiologiques et cliniques entre les synéchies utérines traumatiques et le placenta accreta que nous avons l'honneur de présenter en cette thèse.

HISTORIQUE

Le placenta accreta est connu de longue date. En effet, la première observation date de 1588. Elle est due à PLATER. Il s'agissait d'une femme qui décéda peu après l'accouchement, sans avoir été délivrée. Une vérification fut pratiquée, qui révéla un placenta intimement adhérent à l'orifice interne du col.

En 1836, SIMPSON distingua les placenta accreta totaux et partiels.

Berry HART donna, en 1889, la première description histologique du placenta accreta, précisant que la couche spongieuse de la caduque était absente.

Au début du siècle, s'ouvrit l'ère de la thérapeutique chirurgicale avec les observations d'ALEXANDROFF et SCHNARZENBACH, qui pratiquèrent l'hystérectomie abdominale.

En 1928, REEB rapporta un travail très documenté basé sur 27 observations.

Depuis une vingtaine d'années, les auteurs américains consacrèrent d'importants travaux au placenta accreta, notamment KALTREIDER, qui analysa 177 cas authentiques.

Récemment, de nombreuses études ont été faites en France. Parmi celles-ci, il faut faire une place particulière à GABRIEL et AMBRE qui, étudiant 121 cas de placenta accreta, retrouvèrent dans les antécédents 36 % de délivrance artificielle et 22 % de curetage utérin.

Pour la première fois, en 1957, MM. MUSSET et NETTER mirent en évidence le rôle joué soit par les synéchies elles-mêmes, soit par les conditions provocatrices de synéchies dans l'apparition du placenta accreta.

OBSERVATIONS

La première observation a trait à un placenta accreta total au cours d'une césarienne.

OBSERVATION N° 1

Madame S..., âgée de vingt-neuf ans, tertipare, fut adressée à la Maternité de Lariboisière, le 8 avril 1960, avec le diagnostic de grossesse prolongée.

L'interrogatoire apprit que cette femme, indemne de toute tare, fut parfaitement réglée depuis une puberté normalement apparue à l'âge de treize ans, jusqu'à sa deuxième grossesse.

En 1957, elle accoucha pour la première fois à terme et normalement d'un garçon de 3.480 grammes, la délivrance et les suites de couches n'offrant aucune particularité.

Le 17 octobre 1958, elle accoucha également spontanément d'une fille de 3.500 grammes, se délivra normalement et quitta la Maternité en bonne santé au douzième jour de suites de couches. Cependant, le 9 novembre 1958, soit vingt-trois jours après l'accouchement, la femme fut inquiétée par des métrorragies, plus abondantes que des règles, qui motivèrent son hospitalisation dans un service de chirurgie où un curetage fut entrepris incontinent. Une aménorrhée, définitive et rebelle à de multiples traitements hormonaux, succéda alors au curetage. Cette aménorrhée fut bien supportée jusqu'à la fin de l'été 1959 où l'apparition de nausées et de troubles sympathiques incitèrent la malade à consulter.

C'est alors qu'en septembre 1959 fut reconnue l'évolution d'une gros-

sesse au terme approximatif du troisième mois, la date supposée de l'accouchement chez cette aménorrhéique ayant été estimée au 20 mars 1960.

Lorsque nous examinâmes la gestante, le 11 avril 1960, soit après un retard de trois semaines, sur le terme présumé, le diagnostic de grossesse développée dans un utérus symphysé ne fit aucun doute. Sans parler des antécédents significatifs de curetage du *post-partum* et d'aménorrhée secondaire, nous pûmes remarquer en effet une hauteur utérine de 28 cm, qui infirmait le diagnostic de grossesse prolongée, un trouble majeur de l'accommodation manifesté par une présentation très élevée et oblique en tête inclinée dans la fosse iliaque droite, et surtout un état très anormal du col fortement scléreux et du segment inférieur étriqué et dur. On éveilla donc fortement l'attention des assistants sur les risques que faisait courir la synéchie quant à la bonne marche du travail et plus spécialement même de la délivrance.

Le travail débuta au cours de la nuit suivante. Dès les premières contractions, la poche des eaux se rompit, laissant écouler un liquide puré de pois. Très vite, les bruits du cœur se modifièrent et, le col se révélant absolument bridé, une césarienne fut immédiatement exécutée. Elle permit de donner naissance à un enfant du sexe masculin, pesant 2.780 grammes, qu'il fallut ranimer durant sept minutes et qui demeura longtemps et dangereusement hypoxique.

Mais c'est aussitôt après l'extraction de l'enfant que des accidents dramatiques se déroulèrent avec une extrême rapidité. L'opérateur, en effet, à l'introduction de la main dans la cavité utérine, se rendit compte immédiatement de l'état anormal de cette cavité, irrégulière et porteuse d'un cordon fibreux à sa partie basse. Surtout, il éprouva d'extrêmes difficultés à décoller le placenta inséré à la partie basse de la face postérieure de l'utérus et du segment inférieur.

Malgré les avis préalables, il s'acharna à tenter un impossible cli-vage. Une hémorragie cataclysmique se déclencha dès lors, qui ne put être jugulée que par une hystérectomie, malheureusement trop tardive. En effet, le shock hémorragique arriva trop vite au stade de décompensation, et malgré des efforts soutenus de réanimation, la femme décéda cinq heures après l'intervention.

Les quatre autres observations concernent également des placenta accreta totaux.

OBSERVATION N° 2 *

Cette observation est celle d'une primipare, Mme G..., âgée de vingt-six ans, porteuse d'une synéchie corporéale vieille de dix-huit mois, consécutive à un curetage du *post-abortionum*.

Le 31 mars 1956, la femme fut accouchée à terme d'un garçon de 3.800 grammes, extrait par forceps. En raison de la rétention complète du placenta quarante-cinq minutes après l'accouchement, une délivrance fut décidée malgré l'absence de toute perte sanguine. L'intervention se révéla non seulement pénible, le placenta ne pouvant être extrait que par morcellement, mais encore très inquiétante et très hasardeuse. L'opérateur avait, en effet, l'impression de percevoir au fond utérin, anormalement développé, un second cordon qu'il ne pouvait ni identifier ni réussir à extirper. Une hémorragie importante apparaît alors, dont le rapide et redoutable retentissement sur l'état général nécessita la pratique immédiate d'une hystérectomie totale d'hémostase.

OBSERVATION N° 3

Madame D..., à l'âge de vingt-trois ans, avait accouché spontanément pour la première fois, en 1949, d'une enfant de 4.500 grammes. Au quinzième jour des suites de couches, sur l'indication de métrorragies de sang rouge, un curetage fut entrepris qui provoqua une aménorrhée totale de six mois, à laquelle succéda une hypoménorrhée rebelle. Une seconde grossesse, très désirée, survint en 1951, mais elle se compliqua au terme du sixième mois de métrorragies abondantes liées à l'insertion marginale du placenta. La malade entra bientôt en travail et expulsa un fœtus mort-né de 1.500 grammes. Une délivrance artificielle, nécessitée par la prolongation des hémorragies du travail, se révéla extrêmement laborieuse en raison de l'absence totale de plan de clivage et d'adhérences très anormales de ce placenta extirpé par morcellement. Les suites de l'intervention furent graves, plusieurs transfusions se révélant indispensables pour pallier

(*) Présentée au XVII^e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique, en 1957.

la spoliation sanguine. Ultérieurement, en raison de l'aménorrhée persistante, une hystérogaphie fut pratiquée; elle montra une image en trèfle, témoin d'une synéchie importante qui fut traitée ensuite chirurgicalement.

OBSERVATION N° 4

Madame D..., âgée de trente-deux ans, consulta le 21 février 1952 pour une hypoménorrhée très marquée, secondaire à un curetage *post-abortionum* pratiqué quatre ans auparavant. Une synéchie corporéale très étendue fut identifiée à l'hystérogaphie et traitée chirurgicalement en octobre 1952. Les fonctions menstruelles se rétablirent tout à fait normalement après l'opération, qui n'avait procuré cependant qu'un résultat anatomique imparfait laissant persister encore une large zone d'adhérence pariétale utérine. Malgré l'observation de précautions anti-conceptionnelles, la femme devint enceinte seize mois après l'intervention plastique et accoucha prématurément, au terme de six mois, d'un fœtus anencéphale.

Mais aucun décollement de l'arrière-faix ne se produisit après expulsion du fœtus, le placenta demeurant totalement accolé pendant six heures sans qu'il survienne la moindre hémorragie. Une délivrance artificielle fut entreprise au bout de ce laps de temps. L'exploration manuelle intra-utérine témoigna alors des adhérences extrêmement serrées du placenta, qui ne fut extrait que très péniblement en lambeaux multiples.

OBSERVATION N° 5

Madame P..., âgée de vingt-quatre ans, était porteuse d'une synéchie corporéale étendue provoquée par un curetage pratiqué deux ans auparavant dans les suites opératoires d'une césarienne. Lorsqu'elle devient enceinte pour la deuxième fois, cette grossesse se termina au terme du huitième mois par l'expulsion d'un fœtus mort pesant 1.700 grammes. Une délivrance fut exécutée pour non-décollement du placenta. L'opération, si laborieuse qu'elle ne peut être menée qu'à main nue et par arrachement de lambeaux placentaires multiples, se révéla dangereusement hémorragique. Une hystérogaphie, faite plusieurs mois plus tard, témoigna de la persistance d'une large synéchie corporéale.

Les deux dernières observations sont celles de placenta accreta partiels.

OBSERVATION N° 6

Madame V..., âgée de trente-deux ans, porteuse de deux synéchies corporéales vieilles de cinq ans, en rapport avec un curetage du *post-partum*, devint enceinte pour la deuxième fois en 1957.

L'accouchement prématuré, au terme du septième mois, se signala par une dystocie absolument exceptionnelle. Malgré la bonne dilatation du col, malgré la mise en œuvre d'une perfusion veineuse d'extrait post-hypophysaire et malgré sa petitesse, le fœtus engagé en présentation du siège décomplété ne peut se dégager spontanément. Une grande extraction fut alors entreprise, qui se heurta à une extrême et inhabituelle difficulté. La tête du fœtus était en effet retenue *in utero* et étranglée par une bride, agissant à la façon d'une jugulaire, de l'épaisseur d'un pouce et unissant les faces antérieures et postérieures de l'utérus. Le fœtus, du poids de 1.650 grammes, finalement dégagé, ne put évidemment être réanimé. L'exploration manuelle intra-utérine permit alors de mieux apprécier les caractères de ce pont synéchique, que les doigts avaient par traction abaissé dans le vagin.

Le placenta, petit, présentait enfin des adhérences partielles qui durent être séparées de force du myomètre.

Une hystérographie de contrôle objective, deux mois après l'accouchement, les images habituelles de synéchie.

OBSERVATION N° 7

Madame Mai..., trente et un ans, présentait une synéchie corporéale localisée à la moitié droite de l'utérus, datant d'un an à peine, causée par un curetage du *post-abortionum*, lorsqu'elle devint enceinte pour la troisième fois.

Après l'expulsion normale à terme d'un fœtus vivant de 4 kg, une hémorragie de la délivrance se déclara, conduisant à pratiquer l'extraction manuelle partiellement décollé. Cette opération laborieuse démontra que l'arrière-faix se trouvait anormalement adhérent au myomètre dans la zone synéchique.

Nous rapportons maintenant trois autres observations recueillies dans la littérature.

- La première fut rapportée par DALSACE, au *XVII^e Congrès de Gynécologie*.

Il s'agissait d'une femme ayant eu trois grossesses, qui se déroulèrent normalement. Dans l'intervalle, entre la deuxième et la troisième gestation, elle présenta un avortement spontané. Peu de temps après sa troisième grossesse, elle présenta un second avortement suivi de curetage. Il s'installa alors une aménorrhée. Une hystéroggraphie objectiva une synéchie corporéale. La malade subit une intervention pour traiter cette synéchie, par M. PALMER, qui amène une *restitutio ad integrum*. Cependant, la cavité utérine restait petite, 5 cm à l'hystérométrie.

Après cette intervention, la malade devint à nouveau enceinte, soit pour la cinquième fois, mais un avortement se produisit au bout de quelques semaines. Quelques mois plus tard, la malade devint enceinte (sixième geste). Cette grossesse se termine au terme de quatre mois et demi. Après l'expulsion d'un fœtus, une hémorragie apparaît. Une révision utérine révèle que le placenta est intimement adhérent au myomètre.

- Les deux autres observations ont été rapportées par Monsieur le Professeur MERGER *.

— La première concerne une femme qui subit en 1937 un curetage après avortement provoqué. Une aménorrhée s'installa, qui dura un an. En 1945, elle devint enceinte et accoucha d'un enfant mort. La tentative de délivrance révéla un placenta accreta total.

— La seconde est particulièrement démonstrative. Il s'agissait d'une femme parfaitement réglée depuis sa puberté. En 1924, elle devint enceinte. L'accouchement, la délivrance et les suites de couches furent strictement normaux. Deux ans plus tard, un curetage fut pratiqué pour rétention placentaire *post-abortionum*. Une aménorrhée s'installa, qui dura dix-sept ans.

En 1943, on décéla l'existence d'une grossesse. A terme, une présentation de l'épaule fut diagnostiquée et entraîna une version. Malheu-

(*) « Les méfaits obstétricaux du curetage », *Semaine des Hôpitaux*, 18 juillet 1958.

reusement, les circonstances amenèrent à faire une embryotomie sur tête dernière. La délivrance ne se produisit pas dans les délais normaux. Une délivrance artificielle laborieuse et incomplète ramena le placenta par morceaux. On pratiqua un curetage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

— I —

Rappelons brièvement les caractéristiques macroscopiques et microscopiques du placenta accreta en général :

1° Sur le plan macroscopique, il faut distinguer les cas d'adhérence totale et les cas d'adhérence partielle, localisée à un ou plusieurs cotylédons.

2° Au point de vue microscopique, on distingue suivant l'adhérence du placenta au myomètre :

- le placenta accreta, où l'adhérence est superficielle;
- le placenta increta, où à l'adhérence s'ajoute une pénétration dans l'épaisseur du myomètre;
- enfin, le placenta percreta, où il existe une « invasion » de la paroi utérine pouvant aller jusqu'à la couche séreuse.

Si les adhérences sont variables, ce qui est toujours caractéristique, c'est l'absence ou l'anomalie de la caduque.

— II —

Dans le cadre qui nous occupe, synéchies utérines et placenta accreta, existe-t-il des particularités ?

a) Aucune particularité pour le placenta accreta lui-même. Il peut être total ou partiel. Nous retrouvons 5 cas de placenta accreta totaux et 2 cas de placenta accreta partiels.

Sur le plan histologique, il n'existe pas de différence. Une seule observation, l'*observation n° 1*, comporte un examen histologique du placenta. Dans ce cas, le myomètre était pénétré profondément par de nombreuses villosités fibrosées, mais très bien vascularisées, sans interposition de couche spongieuse entre elles et le myomètre. Des travées déciduales sont reconnaissables à l'intérieur même du muscle utérin. Il s'agissait donc d'un placenta percreta.

La seule particularité dans l'association que nous envisageons, le placenta est souvent petit du fait de la réduction de la cavité utérine par la synéchie.

b) Ce qui change, c'est l'aspect de la synéchie.

Ces accolements musculaires réalisés par les synéchies vont s'étirer au cours de la grossesse et constituer de véritables cordons ou ponts musculo-fibreux.

— Dans l'*observation n° 1*, l'opérateur, après extraction de l'enfant, constate que la cavité utérine est irrégulière et porteuse d'un cordon fibreux à sa partie basse. L'examen microscopique révèle que ce pont synéchique est constitué par des tissus fibreux et musculaires.

— Dans l'*observation n° 2*, au cours de la délivrance artificielle, l'opérateur avait l'impression de percevoir un second cordon qu'il ne pouvait identifier ni réussir à extirper.

L'examen de la pièce prouva la réalité de la synéchie du fond utérin, sur laquelle s'insérait le placenta, ainsi que la présence d'un pont musculaire, témoin d'une synéchie étirée qui unissait le bord gauche au bord droit de l'utérus.

— Enfin, dans l'*observation n° 6*, la synéchie rend compte de la dystocie. En effet, la tête du fœtus était retenue *in utero* et étranglée par une bride agissant à la façon d'une jugulaire de l'épaisseur d'un pouce et unissant les faces antérieure et postérieure de l'utérus.

Telles sont les modifications des synéchies sur un utérus gravide. Quant au tissu musculaire situé au contact des villosités, il est plus ou moins fibreux.

PATHOGÉNIE

— I —

L'ensemble de cette pathogénie doit être comprise à la lumière de l'étude de l'endomètre des utérus synéchiques.

Les travaux d'ASHERMAN ont mis en évidence les différents aspects lésionnels de la muqueuse utérine.

Si, en certaines zones, hors des adhérences pariétales, l'endomètre présente sa structure habituelle demeurant fonctionnelle et sujette à des variations cycliques complètes, en d'autres plages, au contraire, il offre des anomalies importantes marquées par l'existence de seuls phénomènes de prolifération et non de sécrétion, ou même par l'existence d'états cicatriciels des glandes inactives formées.

Une observation, rapportée au Congrès de 1957 par R. MUSSET, est particulièrement démonstrative.

Elle concerne une multipare atteinte d'une synéchie corporeale ancienne et très étendue, secondaire à des curetages itératifs du *post-partum* suivis de méchages. Cette femme souffrait d'une aménorrhée dysménorrhéique telle qu'elle réclamait une intervention d'exérèse complète, qui fut réalisée.

L'examen de la pièce montra qu'à la partie basse du corps utérin, la vacuité ne pouvait être véritablement reconnue à l'œil nu, à la partie moyenne seule existait une cavité étriquée, s'effaçant ensuite à la hauteur du fond. L'examen histologique donna des résultats surprenants. Si à la partie basse de la cavité résiduelle on ne constatait qu'un endomètre atrophique, à un niveau plus élevé on notait en revanche une muqueuse hypoplasique, mais en transformation déciduale avec présence de quelques cel-

lules trophoblastiques, infiltrant la déciduale aplasiée et témoignant d'une grossesse insoupçonnée chez cette aménorrhéique de longue date. Ce n'était que dans la portion la plus large de la cavité utérine restante que l'endomètre présentait l'aspect d'une caduque, offrant d'ailleurs elle-même quelques anomalies des villosités déjà pourvues de vaisseaux, sans que nulle part on ne puisse cependant retrouver l'embryon.

— II —

Pour le rôle précis de la genèse du placenta accreta, deux controverses :

1) Il se pourrait que synéchie et placenta accreta ne soient que deux lésions parallèles qui sont le reflet du traumatisme provocateur. Dans les endroits où l'endomètre n'existe plus, c'est la synéchie elle-même. Mais, à son voisinage, il existe une muqueuse atrophique ou cicatricielle, du fait du traumatisme. Cette muqueuse, anormale avant la grossesse, se transforme ensuite en caduque anormale peu épaisse, scléreuse, cicatricielle, avec une couche spongieuse défectueuse ou inexistante qui rend compte d'adhérence anormale du placenta.

2) Cependant, il apparaît possible que la synéchie joue directement un rôle dans la survenue du placenta accreta. En effet, la synéchie semble refouler et éparpiller des îlots endométriaux sur lesquels on discute. Pour certains, notamment NETTER, il s'agirait d'îlots résiduels épars. Pour d'autres, R. SOLAL, il s'agirait d'une véritable endométriose.

Ainsi, on comprend que des villosités pénètrent profondément à la recherche de ces îlots endométriaux qui réalisent la métrose endophytique.

ÉTIOLOGIE

Il est impossible, dans l'état actuel des choses, de relever la fréquence du placenta accreta dans les cas de synéchies.

On ne connaît pas le pourcentage de synéchies par rapport aux curetages pratiqués. En outre, un certain nombre de synéchies entraînent une stérilité.

M. R. MUSSET a rapporté 7 cas sur un total de 180 observations de synéchies.

En revanche, nous pouvons analyser :

- le terrain;
- l'âge;
- la parité;
- les synéchies du *post-partum* et du *post-abortionum*;
- le nombre de malades traités.

L'âge des malades va de vingt-trois à trente-deux ans; 2 ont moins de vingt-cinq ans. Sur le plan de la parité, on trouve 2 primipares, 3 secundipares, 2 tertipares.

Toutes ces malades avaient subi des curetages; 3 ont été pratiqués dans le *post-abortionum*, 4 dans le *post-partum*.

Parmi ces malades, une seule avait été traitée pour synéchie corporéale, qui était vieille de quatre ans. Le résultat avait été médiocre; il persistait, en effet, une large zone d'adhérence pariétale utérine.

Il en est de même dans l'observation de DALSACE. La malade subit une intervention par M. PALMER pour une synéchie

vieille de deux ans. Si le résultat paraissait bon, la cavité utérine était restée petite (5 cm) à l'hystéromètre.

Comme nous le verrons, le traitement de la synéchie, pour avoir toute chance de succès, doit être entrepris dans les six mois suivant son apparition.

CLINIQUE

Dans l'association placenta accreta et synéchies, il y a peu de différence clinique.

Le décollement placentaire ne se fait pas dans les délais habituels. Cette absence de décollement peut être totale ou partielle, isolée; elle peut s'accompagner d'hémorragie.

Le diagnostic de placenta accreta est porté lors de la tentative de délivrance artificielle. Il est impossible de trouver un plan de clivage. L'existence de curetage du *post-partum* ou du *post-abortionum*, d'aménorrhée secondaire dans les antécédents, doit faire porter le diagnostic.

Au cours de la tentative de délivrance, on constate que la cavité utérine est irrégulière et déformée, présentant parfois des cordons qui ne sont que les synéchies étirées au cours de la grossesse. Ils sont souvent perçus, car ils peuvent être volumineux, mais exceptionnellement au point de créer une dystocie comme dans l'*observation n° 4*.

L'existence d'hémorragie, ou sa survenue au cours de la tentative de délivrance, imposent le traitement que nous allons voir.

C'est quelques mois après l'accouchement, ou mieux après le retour de couches, qu'une hystéroggraphie prouvera indiscutablement la réalité des faits en révélant les images de synéchies.

THÉRAPEUTIQUE

Elle est prophylactique et curatrice.

I. — CURATRICE

Si l'on a la notion de synéchie, il faut se méfier tout particulièrement de la période de la délivrance et prendre des précautions de prophylaxie et de prudence, grouper la malade, avoir du sang frais sous la main, éviter des manœuvres intempestives et dangereuses.

Deux attitudes peuvent être adoptées :

- l'extraction du placenta;
- l'abstention.

a) L'EXTRACTION DU PLACENTA

Certains font une délivrance artificielle, toujours difficile, extrayant le placenta par lambeaux. Telle est, au cours du placenta accreta partiel, l'attitude de KALTREIDER. Cette manœuvre est souvent laborieuse, difficile. Elle peut être suffisante. Parfois, cette manœuvre d'extraction donne des hémorragies, qui imposent alors une hystérectomie secondaire.

b) L'ABSTENTION

La thérapeutique antibiotique permet de laisser en place le placenta. En l'absence d'hémorragie, dans les cas de pla-

centa accreta totaux, KALTREIDER propose l'abstention. Si une hémorragie survient, il tente une délivrance artificielle. Au cas où cette dernière échouerait, il pratique une hystérectomie.

L'intérêt majeur d'être prévenu de l'antécédent de synéchie conduit à pratiquer l'accouchement en milieu chirurgical, avec réanimation correcte, et à préférer dans les cas où il ne se produit pas d'hémorragie, l'abstention de toute manœuvre de décollement forcé.

II. — PROPHYLACTIQUE

On conçoit l'intérêt de traiter les synéchies et la nécessité d'un diagnostic précoce.

Dans les six mois après la production de la synéchie, la simple hystérométrie suffit à libérer l'adhérence.

Au bout d'un an, les dilatations prudentes sous anesthésie avec bougies calibrées et pose d'un ballon, peuvent encore guérir la synéchie.

Après dix-huit mois, les adhérences sont si organisées qu'elles nécessitent un traitement complexe, laissant toujours à désirer. C'est dans ces cas de traitements anciens, telles l'*observation n° 4* et l'*observation de PALMER*, qu'on peut voir des placenta accreta, malgré le traitement.

Le véritable traitement prophylactique est l'hystérométrie, puis les dilatations, lorsqu'une femme n'a pas assisté au retour de ses règles trois mois après curage ou curetage.

CONCLUSIONS

I. — Les travaux fondamentaux d'ASHERMAN ont démontré la fréquence des synéchies utérines traumatiques et défini les aspects anatomo-cliniques de celles-ci.

II. — MM. MUSSET, NETTER, RAVINA et DEPOORTER ont, à la lumière de ces connaissances nouvelles, attiré l'attention sur la relative fréquence des placenta accreta insérés sur un utérus gravide synéchique.

III. — En de telles conditions, le placenta accreta peut représenter une anomalie parallèle à l'adhérence des parois utérines, toutes deux se trouvant secondaires au traumatisme d'une évacuation utérine brutale.

Il est possible cependant que le placenta accreta soit la conséquence directe de la synéchie, créatrice d'endométriose ou de dispersion dans le myomètre d'îlots d'endomètres épars, sur lesquels se fixent les villosités choriales.

IV. — L'antécédent de synéchie, lorsqu'il est connu, impose une surveillance toute particulière de la délivrance, à pratiquer seulement en milieu chirurgical, avec prudence, sans manœuvres intempestives, ni perte de temps.

Mais le véritable traitement est d'ordre prophylactique; il consiste à traiter la synéchie dans les délais les plus brefs, si possible dans les six premiers mois de sa production.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MERGER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ASHERMAN (J.G.). — Aménorrhée traumatique. (*J. Obst. Gyn. Brit. Empire*, février 1948, 55, 23-30.)
- Lésions traumatiques intra-utérines. (*J. Obst. Gyn. Brit. Empire*, décembre 1950, 57, 892-896.)
- Adhérences intra-utérines. (*Bull. Féd. Soc. Obst. Gyn.*, 1952, 808, addendum à la séance du 9 juin 1952; — *Harefuah*, 1952, 43, 27; — Discussion au XVII^e Congrès, *Bulletin Féd. Gyn. et Obst.*, 1957, n° consacré au Congrès, p. 490.)
- BIET (A.). — Retentissement sur les fonctions de reproduction des adhérences traumatiques intra-utérines : synéchies corporeales et cervico-isthmiques. (*Thèse*, Paris, 1954, 798.)
- DALSACE (J.), MUSSET (R.), NETTER (A.). — Les synéchies ou symphyses utérines. (Rapport au XVII^e Congrès, *Bulletin Fédération Gyn. et Obst.*, 1957, n° consacré au Congrès, p. 164.)
- FLAMETS (J.), TABBARA (J.W.), MALZNAS (Y.). — Le placenta accreta. (*Revue Fr. Gyn. Obst.*, année LIV, juillet-août 1959, n° 7-8, p. 549.)
- GABRIEL (H.) et AMBRE (C.). — Le placenta accreta. (*Gyn. et Obst.*, 1955, t. 54, n° 3, p. 345.)
- HARER (W.B.). — Placenta accreta; report of 8 cases. (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, décembre 1956, vol. 72, n° 6, p. 1309.)
- JAMES (D.W.). — Placenta accreta associated with placenta praevia. (*Jour. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, août 1955, vol. LXII, n° 4.)
- KALTREIDER (D.F.). — Placenta accreta. Case. (*Bull. School. Med. Univ. Maryland*, juillet 1945, 30, pp. 1-10.)

- KELLER (R.) et KELLER (B.). — Contribution à l'étiologie du placenta praevia accreta partiellement ventral. (*Bull. Soc. Gyn. Obst. de Langue Française*, 1952, t. 4, n° 4, p. 767.)
- MACKEOGH (R.P.). — Placenta accreta conservative management. 11 cases. (*New Engl. Jour. of Med.*, août 1951, n° 245, p. 159.)
- MERGER (R.). — Les méfaits obstétricaux du curetage. (*Semaine des Hôpitaux*, 18 juillet 1950, 50, 26, n° 53, 2574-2578.)
- MUSSET (R.), NETTER (A.), RAVINA (J.) et DE POORTER. — Synéchies utérines traumatiques et placenta accreta; une association fréquente et grave. (*Gyn. et Obst.*, 1960, t. 59, n° 4, 450-456.)
- SOLAL (R.), JUDE, PALVADEAU. — Synéchies utérines traumatiques et adényomyose. (*Compte Rendu Société Franç. de Gyn.*, novembre 1956, XXVI, n° 7.)

